

■ Artigo Original

Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil



Monitoring and evaluation of outcome of cases of tuberculosis in the municipality of Southern Brazil

Seguimiento y evaluación de los resultados de los casos de tuberculosis en el municipio del sur de Brasil

Lílian Moura de Lima^a

Jenifer Harter^b

Jéssica Oliveira Tomberg^c

Dagoberta Alves Vieira^c

Muriel Lucero Antunes^d

Roxana Isabel Cardozo-Gonzales^e

Como citar este artigo:

Lima LM, Harter J, Tomberg JO, Vieira DA, Antunes ML, Cardozo-Gonzales RI. Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e51467. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51467>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51467>

RESUMO

Objetivos: avaliar o acompanhamento e desfecho do tratamento de casos de tuberculose pulmonar no programa de controle da tuberculose de um município prioritário do Sul do Brasil.

Métodos: estudo quantitativo, descritivo, documental, utilizando prontuários das pessoas com tuberculose em tratamento entre 2009-2013, a coleta ocorreu entre junho e julho de 2014 no Programa de Controle da Tuberculose. Utilizou-se estatística descritiva.

Resultados: a média de consultas, entre os 629 pacientes, foi de 7,2 por paciente, com intervalo médio de 1,03 meses entre as consultas. A média de baciloscopias foi de 2,7 exames por paciente, durante o período estudado. O desfecho do tratamento foi 87,8% de cura, 8,3% de abandono e 6,5% de óbitos.

Conclusões: apesar do alcance da taxa de cura, o abandono ainda é elevado, sendo necessário explorar estratégias para melhor a adesão ao tratamento, e o comprometimento da gestão municipal em articular o acompanhamento na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Avaliação de processos (cuidados de saúde). Tuberculose. Serviços de saúde/prevenção & controle.

ABSTRACT

Objective: evaluate the monitoring and treatment outcome of pulmonary tuberculosis in the tuberculosis control program a priority city in Southern Brazil.

Method: study quantitative, descriptive and document study, using the medical records of people with tuberculosis treated between 2009-2013, this data were collected between June and July 2014 in tuberculosis control program. The analysis used descriptive statistics.

Results: among the 629 patients the mean number of appointments was 7.2 per patient, with an medium interval of 1.03 months between appointments, and the average was 2.7 sputum smear tests per patient, during the study period. The outcome of treatment was 87.8% cure rate, 8.3% noncompliant patients and 6.5% of deaths.

Conclusion: despite the extent of cure rate, abandonment is still high, being necessary to explore strategies for better adherence to treatment, and also the commitment of municipal management in joint monitoring of tuberculosis patients by primary health care.

Keywords: Process assessment (health care). Tuberculosis. Health services/prevention & control.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el seguimiento y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el programa de control de la tuberculosis en una ciudad prioridad en el sur de Brasil.

Método: estudio cuantitativo, descriptivo, documental, usando los registros de personas con tuberculosis tratados entre 2009-2013, los datos fueron recogidos entre junio y julio de 2014 en el programa de control de la tuberculosis. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: entre los 629 pacientes el número medio de visitas fue de 7,2 por paciente, con un intervalo medio de 1,03 meses entre las visitas, y la media fue de 2,7 microscopías por paciente, no periodo del estudio. El resultado del tratamiento fue del 87,8% de curación, el 8,3% de deserción y 6,5% de muertes.

Conclusión: a pesar de la tasa de curación, el abandono es aún elevado, siendo necesario explorar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, así como el compromiso de la gestión municipal en el seguimiento conjunto de los pacientes con tuberculosis por la atención primaria.

Palabras clave: Evaluación de procesos (atención de salud). Tuberculosis. Servicios de salud/prevenición & control.

^a Instituto Federal do Paraná (IFPR), Campus Palmas, Enfermagem. Palmas, Tocantins, Brasil. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Campus Uruguiana, Enfermagem. Uruguiana, Rio Grande do Sul, Brasil. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um problema de saúde mundial, sendo que 82% dos casos da doença concentram-se entre 22 países, considerados prioritários para o controle da TB. O Brasil está na décima nona posição desta lista, e no ano de 2011 teve uma taxa de incidência de 36 casos por 100 mil habitantes, enquanto que, para o estado do Rio Grande do Sul, a taxa foi superior a nacional com 46,1 casos por 100 mil habitantes⁽¹⁾.

O Programa de controle da tuberculose (PCT) no Brasil determina o alcance de metas mínimas para o controle da doença, sendo 85% de adesão ao tratamento e no máximo 5% de casos de abandono. Para tanto, o tratamento dos casos bacilíferos é considerado atividade prioritária de controle da TB, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão⁽²⁾.

Entretanto, há desafios para o cumprimento destas metas e o consequente controle da TB, sendo o principal deles o abandono do tratamento, que pode estar relacionado às características da pessoa com TB e a organização dos serviços de saúde⁽³⁻⁴⁾. As consequências do abandono são uma preocupação para os serviços de saúde, visto que elevam a taxa de incidência da doença e de mortalidade, e induzem a multirresistência bacteriana⁽⁴⁾. Sabe-se que os princípios básicos para o sucesso do tratamento incluem a escolha do esquema terapêutico adequado, em doses corretas, e o cumprimento do tempo de tratamento. Além da realização de acompanhamento clínico com a adoção da prática de educação em saúde e da estratégia de tratamento supervisionado (DOTS)⁽⁴⁻⁵⁾.

Observa-se que há publicações atualizadas relacionadas ao acompanhamento de pacientes com TB, sobre a realização de exames laboratoriais e radiológicos⁽⁶⁻⁷⁾, assim como a respeito dos desfechos do tratamento, evidenciando que, de forma global, as taxas de cura não vem sendo alcançadas, e que as taxas de abandono encontram-se acima do esperado⁽³⁻⁸⁾. Entretanto, verifica-se a necessidade de ampliar a produção acerca das ações de acompanhamento, assim como de conhecer o desfecho do tratamento para TB na região sul do Brasil, ao considerar-se a importância epidemiológica da doença neste cenário. Diante disso, torna-se relevante elucidar conhecimentos acerca da temática, uma vez que, os resultados disponíveis e socializados contribuem na tomada de decisões e na formulação de políticas para o controle da doença.

Reconhece-se que os serviços de saúde apresentam papel fundamental para o sucesso das intervenções de controle da TB, visando o alcance das metas estabelecidas com ações individuais e de monitoramento que impactam

na coletividade. Nessa perspectiva, este estudo foi elaborado com o objetivo de avaliar o acompanhamento e o desfecho do tratamento de casos de tuberculose pulmonar no PCT de um município prioritário do Sul do Brasil.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, documental com o propósito de avaliar o acompanhamento e o desfecho do tratamento de casos de TB pulmonar em adultos no PCT de um município prioritário do Sul do Brasil. Tal avaliação foi embasada nas recomendações e nos indicadores previstos no Manual de recomendações para o controle da tuberculose do Ministério da Saúde (MS)⁽²⁾.

A amostra deste estudo foi composta pelos prontuários das pessoas com TB pulmonar que iniciaram o tratamento no período entre 2009 e 2013 no PCT de um município prioritário para o controle da TB no Brasil. Como critérios de inclusão utilizou-se o início do tratamento no período selecionado para o estudo (2009-2013); possuir diagnóstico de TB pulmonar; e ser maior de 18 anos. Foram excluídos do estudo os prontuários de pacientes institucionalizados (presídio, manicômio e hospitais), visto que o acompanhamento é realizado na instituição, sem consultas ao ambulatório do PCT, assim como daqueles pacientes que não haviam concluído o tratamento até o período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2014. Os dados foram coletados utilizando-se um formulário estruturado e previamente codificado. As variáveis em estudo foram: consultas realizadas durante o tratamento; intervalo entre as consultas; baciloscopias realizadas durante o tratamento; realização de baciloscopias no segundo, quarto e sexto mês de tratamento; realização de exames laboratoriais e de imagem; realização de testagem para Vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV); coinfeção TB-HIV; desfecho do tratamento por cura, óbito e abandono. Devido ao período de tempo determinada para a coleta de dados, cinco anos, ocorreu de um mesmo paciente realizar mais de um acompanhamento no período. Nestes casos foram contabilizados como retratamento e considerados os desfechos que teve para cada tratamento realizado.

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da TB⁽²⁾, o tratamento tem duração de seis meses, em geral. Para ser considerado curado o paciente deve apresentar duas baciloscopias negativas, uma durante o acompanhamento e outra ao final do tratamento, juntamente com exames radiológicos que dispensem sinais da doença. Já a alta por abandono refere-se aos pacientes que se ausentam dos serviços de saúde durante o tratamento, no

período de 30 dias consecutivos ou mais, depois da data prevista para o devido retorno.

Os dados coletados foram codificados e digitados em um banco de dados construído no programa Excel® do pacote Office. A análise dos dados foi realizada no software Estatística da STATSOFT®, por meio da estatística descritiva com distribuição de frequências, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

O PCT, o qual acompanha em média 120 pacientes por mês, dispõe de uma equipe composta por dois médicos pneumologistas, uma secretária e uma assistente social, não há enfermeiro.

A captação dos sintomáticos respiratórios é realizada pela rede de serviços de saúde do município, sendo os casos suspeitos ou diagnosticados com TB encaminhados para o PCT por intermédio de encaminhamento. A outra forma de captação dos SR é pela busca espontânea destes indivíduos pelo PCT, utilizando-o como porta de entrada aos SUS, por terem conhecimento da especialidade do serviço, e reconhecerem em si os sintomas sugestivos de TB. A rede de atenção pública possui um laboratório de referência para a realização das baciloscopias, e um serviço de apoio para os testes rápidos para HIV, hepatites virais e sífilis. A realização de raio x de tórax é feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na rede conveniada. O PCT realiza a dispensação mensal dos antimicrobianos para o tratamento, nesta ocasião realiza o acompanhamento da pessoa com TB e de seus familiares até o final do tratamento. Cabe ressaltar, que não é oferecida a estratégia de tratamento diretamente observado às pessoas em acompanhamento, logo, o tratamento é auto administrado, seguindo a recomendação do MS de realizar acompanhamento mensal dos casos. Dessa forma, a pessoa com TB desloca-se, mensalmente até o ambulatório do PCT para retirar os antimicrobianos para o tratamento durante os próximos trinta dias, para tanto, eventualmente é oferecido, como incentivo, vale-transporte para a ida até o PCT.

A amostra deste estudo distribuiu-se ao longo dos cinco anos de estudo da seguinte forma: em 2009 foram 178 casos de TB pulmonar; 2010 foram 133; 2011 foram 109; em 2012 130 casos; em 2013, coletaram-se informações daqueles que já haviam concluído o tratamento, no período de coleta de dados, totalizando 79 casos de TB pulmonar.

Dos 629 doentes de TB incluídos neste estudo, foi predominante o sexo masculino com 68,8% dos casos (433), a idade de 18 a 59 anos foi a mais prevalente com 81,9% (515). A ocupação predominante foi a de serviços gerais 49,3% (310), estando os profissionais de saúde com uma pequena parcela dos casos 2,4% (15). Na amostra do presente estudo observa-se que o HIV (14,6%), o e o diabetes

mellitus (10,4%) estão entre as principais patologias, embora a maior parcela de pacientes não possuísse registro de comorbidades (62%).

Na realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. Com a submissão do projeto⁽¹⁰⁾ à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo parecer favorável número 702.283.

■ RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 629 pacientes que realizaram o tratamento no período de 2009 a 2013, sendo considerados para o estudo apenas os que obtiveram o desfecho de alta por cura, óbito ou abandono do tratamento. Quanto ao acompanhamento clínico, identificou-se que há realização de consultas mensais no PCT, sendo a média de consultas, durante o período estudado, de $7,2 \pm 2,7$ por paciente. Dentre os que realizaram o tratamento completo ($n=543$), o intervalo entre consultas foi em média de $1,03 \pm 0,46$ meses, estando 99% dos casos com intervalo de trinta dias entre as consultas.

Observou-se que do total de casos acompanhados no período de estudo, 7,6% ($n=48$) se tratavam de retratamento para TB, a média de vezes de retratamento foi de $1,4 \pm 0,54$. Os indivíduos do estudo submetidos a um novo ciclo de tratamento o foram devido ao abandono, ou ao retorno da doença após alguns meses de alta por cura.

Na Tabela 1, observa-se a distribuição das solicitações de exames de acompanhamento por ano.

O raio x de tórax foi solicitado para 99,5% ($n=626$) dos pacientes acompanhados. Quanto a realização de exames laboratoriais, a média de baciloscopias realizadas por paciente foi de $2,7 \pm 1,9$ variando de 1 a 9, com mediana de 2. As baciloscopias de segundo mês foram realizadas em 96,7% ($n=551$) dos casos, enquanto que as de quarto mês em 63,2% ($n=360$) e as de sexto mês em 47,9% ($n=273$) dos casos. Foi solicitado teste de HIV a 98,1% ($n=617$) dos pacientes com TB pulmonar, em tratamento no PCT no período de estudo, destes 68% ($n=419$) realizaram o exame. Sendo a coinfeção TB/HIV presente em 13,4% ($n=84$) dos pacientes com TB pulmonar acompanhados no período.

Na Tabela 2 verifica-se a distribuição dos desfechos dos casos acompanhados pelo PCT, no período de estudo.

Quanto ao desfecho do tratamento entre os anos de 2009 e 2013, obteve-se 87,8% ($n=552$) de cura, 8,3% ($n=52$) de abandono do tratamento e 6,5% ($n=41$) de óbitos, destes 36,1% ($n=13$) apresentavam comorbidade TB/HIV. Dentre os pacientes que abandonaram o tratamento ($n=52$),

Tabela 1 – Exames de acompanhamento no Programa de Controle da Tuberculose de Pelotas/RS no período de 2009 a 2013, distribuído por ano de solicitação. Pelotas/RS, 2014

Exames solicitados	Frequência n=629 (%)
Baciloscopia de escarro	
2009	178 (28,3)
2010	133 (21,1)
2011	109 (17,3)
2012	130 (20,7)
2013	79 (12,6)
Raio x de tórax	
2009	175 (27,8)
2010	133 (21,1)
2011	109 (17,3)
2012	130 (20,7)
2013	79 (12,6)
Teste de HIV	
2009	172 (27,9)
2010	132 (21,4)
2011	107 (17,3)
2012	127 (20,6)
2013	79 (12,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Tabela 2 – Desfechos do tratamento da tuberculose no Programa de Controle da Tuberculose de Pelotas/RS no período de 2009 a 2013, distribuído por ano de solicitação. Pelotas/RS, 2014

Desfecho do tratamento	Frequência (n=629)
Alta por cura	
2009	153(86)
2010	114(85,7)
2011	94(86,2)
2012	125(96,2)
2013	66(83,5)
Óbito	
2009	17(9,6)
2010	5(3,8)
2011	7(6,4)
2012	6(4,6)
2013	6(7,6)
Abandono do tratamento	
2009	8(4,5)
2010	14(10,5)
2011	8(7,3)
2012	15(11,5)
2013	7(8,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

51,9% (n=27) não retornaram ao tratamento. Dos que retomaram o tratamento (n=25) obteve-se 60% de desfechos para cura, 16% de óbitos e 24% de novos abandonos.

■ DISCUSSÃO

A presente pesquisa apresenta resultados inéditos sobre o acompanhamento e o desfecho do tratamento da TB para a região Sul do Brasil, colocando em evidência a discussão da temática com base na realidade estudada, que apresenta características comuns aos grandes centros urbanos do país. Os resultados encontrados estão a contento com a produção científica atual, e em grande parte, situam-se dentro das proporções recomendadas pelo MS⁽²⁾.

Em cenários onde o tratamento da TB é realizado em ambulatório de referência, e com a modalidade de terapêutica auto administrada, características deste local estudo, as consultas mensais são realizadas para avaliação clínica e entrega de medicamentos. Nestes casos, a consulta,

geralmente, torna-se momento único e crucial para intervenções que medeiam o sucesso do tratamento. Autores defendem que a consulta deve ser amplamente explorada pela equipe de saúde para esclarecimentos acerca da doença, tratamento e transmissão. O sucesso terapêutico, o abandono e até a multirresistência dependem muito da informação fornecida pela equipe durante as consultas⁽¹¹⁾. Diante disso, o preparo dos profissionais em estratégias de comunicação em saúde pode maximizar a adesão ao tratamento⁽¹²⁾.

Contudo as informações a serem oferecidas ao paciente com TB e sua família são inúmeras, e requerem encontros continuados, para facilitar a absorção das informações e tirar dúvidas, sendo os encontros mensais insuficientes, mesmo que bem aproveitados. Este fato pode estar contribuindo para a taxa de abandono do tratamento estar acima do preconizado no local do estudo.

A oportunidade da equipe de estar frente à pessoa em tratamento para TB, torna-se ímpar, também pelo

fato de permitir o monitoramento da resposta ao tratamento, ajuste de dose e identificação de efeitos adversos aos fármacos⁽²⁾. Estudiosos afirmam que a avaliação do ganho de peso, da redução dos sintomas e melhora do raio x de tórax, quando combinadas, apresentam maior sensibilidade do que o uso isolado do exame de baciloscopia de escarro para avaliar a evolução clínica⁽⁶⁾. Diante disso, é relevante assegurar o contato direto da equipe de saúde com a pessoa em tratamento, seja na unidade de saúde, ou no domicílio, otimizando o acompanhamento dos casos de TB.

A ausência do paciente à consulta agendada é um indício de que pode haver a intensão de abandono do tratamento⁽¹¹⁾, nestes casos é imprescindível a iniciativa imediata da equipe com a realização de busca ativa aos faltosos. Estudiosos evidenciaram que um fator favorável à adesão ao tratamento é a prestação de cuidado por uma equipe completa, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e visitador, estando relacionada ao alcance do percentual preconizado de adesão ao tratamento, superior a 85%^(2,13). A equipe de saúde responsável pelo tratamento dos casos de TB, no cenário investigado, não dispõe do profissional de enfermagem e visitadores, entretanto alcançaram a taxa de cura esperada, e o intervalo entre consultas atende os trinta dias preconizados pelo programa de controle da TB, com média de sete consultas por paciente no período de estudo.

Outra questão importante no monitoramento da evolução clínica da TB é a realização de exames de acompanhamento. Segundo a normatização vigente no Brasil a baciloscopia de escarro é utilizada como controle de tratamento, sendo realizada ao segundo, ao quarto e ao sexto mês de acompanhamento. Para que o paciente inicialmente bacilífero receba alta, necessita ter duas baciloscopias negativas para comprovar a cura, sendo uma na fase de acompanhamento e outra ao final do tratamento. Na ausência de expectoração a recomendação é que pode ser utilizada periodicamente a radiografia de tórax, para acompanhar a evolução das lesões na forma pulmonar da doença⁽²⁾, no presente estudo observa-se a frequência elevada (99,5%) na realização do raio x de tórax para o monitoramento da evolução do tratamento.

Os controles periódicos com baciloscopia de escarro são um componente essencial no acompanhamento, sendo a negativação da baciloscopia ao segundo mês de tratamento um resultado importante da sua evolução, e um balizador para decisões sobre a terapia medicamentosa⁽⁷⁾. A não realização das baciloscopias de controle podem trazer consequências como o retardo na identificação dos pacientes que não aderem ao tratamento, ou não respondem

a terapia medicamentosa, e pode prejudicar a detecção precoce de multirresistência bacteriana⁽¹⁴⁾.

Observa-se que o seguimento dos pacientes com a realização de baciloscopia de escarro, neste estudo, ocorreu na média de 2,7 baciloscopias por paciente, sendo superiores, exceto ao sexto mês, aos encontrados em estudo realizado na província de Santa Fé/Argentina. No qual, dos 196 pacientes acompanhados houve realização de baciloscopia de escarro em 79,1% ao final do segundo mês, 57,6% ao quarto mês e 70,1% ao sexto mês⁽⁷⁾. Estudiosos apontam como possíveis razões da não realização das baciloscopias de seguimento, a falta de tosse ou expectoração por pacientes, informações incompletas ou inadequadas dadas pela equipe de saúde, a respeito da necessidade da realização do exame de escarro⁽¹⁴⁾, e a centralização do exame em laboratório de referência distante do domicílio⁽⁷⁾. Ratifica-se a relevância da responsabilização do serviço que acompanha o paciente com TB pelo recolhimento e entrega da amostra ao laboratório, o que diminui custos de deslocamento para o paciente e garante a agilidade do resultado.

Outro exame preconizado, diante o diagnóstico de TB, é a testagem para HIV, visto que, a detecção precoce da coinfeção TB/HIV permite a adoção de medidas terapêuticas adequadas, como o início da terapia antirretroviral, a profilaxia das infecções oportunistas e a redução das chances de transmissão do HIV. Favorecendo a redução da morbidade e mortalidade e restringindo assim custos com internações hospitalares e oportunizando melhor qualidade de vida aos pacientes^(2,15). O MS⁽²⁾ estima que a oferta de testes de HIV seja de 70% e o acesso ao resultado do exame de 50%. No presente estudo, obtiveram-se resultados superiores, visto que o número de solicitações esteve próximo a 100% e o acesso à sorologia esteve na faixa de 70% dos pacientes com TB pulmonar. Em estudo transversal realizado utilizando-se o banco de dados do sistema de informação nacional (SINAN/TB), entre os anos de 2007-2011 evidenciou-se que do total de 429.567 pacientes com TB, apenas 56,73% possuíam status conhecido para HIV⁽¹⁶⁾. O resultado satisfatório alcançado quanto à testagem dos pacientes remete à disponibilidade de testes rápidos, sendo realizados pelo centro de testagem e aconselhamento do município, localizado no mesmo prédio do ambulatório do PCT, e sinaliza a boa articulação entre estes serviços. Ainda apontando a qualidade da abordagem e esclarecimentos oferecidos pelo PCT quanto à importância da realização do teste.

A prevalência de positividade para HIV, na amostra do estudo, foi de 13,4%, estando este resultado na faixa estimada pelo MS, que é de 15%⁽²⁾. Entretanto, em estudo de base nacional (SINAN/TB), obteve-se que dos 46.466

pacientes, com TB e status para HIV conhecido, 19% estavam coinfectados⁽¹⁶⁾. A associação entre HIV e TB extrapulmonar é de alta prevalência⁽¹³⁾, este fato pode ter influenciado na proporção de coinfeção identificada no presente estudo.

Os encerramentos de casos na presente pesquisa foram por cura, abandono do tratamento e óbito. As taxas de cura ao longo do período de estudo foram superiores aos 85% preconizados pelo MS⁽²⁾. Em estudos semelhantes obteve-se taxas inferiores, com 75,3% de cura em estudo realizado na Argentina⁽⁷⁾, 71% de cura em estudo realizado em Recife/PE⁽⁴⁾ e de 67,5% de cura em pesquisa realizada em Goiânia/GO⁽⁸⁾. Considera-se que este resultado é um marcador positivo para o serviço em estudo. Entretanto, quanto ao abandono do tratamento na amostra estudada, verifica-se resultados negativos, no período de estudo, sendo a taxa de abandono superior aos 5% recomendados pelo MS⁽²⁾. Contudo, os resultados foram melhores do que os verificados em Goiânia/GO (17,5%)⁽⁸⁾ e em Recife/PE (15%)⁽⁴⁾.

Estudos sobre abandono do tratamento apontam causas associadas às características dos pacientes, tais como, ser do sexo masculino, possuir compromissos de trabalho⁽³⁾, baixa escolaridade e registro de abandono prévio⁽⁴⁾. Entretanto, o serviço de saúde também tem responsabilidades neste processo. E ainda, a forma de organização da atenção ao tratamento da TB, centralizada em um único serviço de saúde, que dista dos domicílios, pode estar atuando como dificultador no acesso ao tratamento e proporcionando a elevação desta taxa, que no município em estudo é superior aos 5% preconizados. O abandono constitui-se em um dos entraves ao controle da TB, fomentando a multirresistência bacteriana, o que eleva os custos com tratamentos e internações hospitalares, além de acarretar a elevação das taxas de mortalidade por TB⁽⁴⁾.

Dos pacientes que abandonaram o tratamento, apenas 48,1% o retomaram, e ainda, destes 24% abandonaram novamente, e 16% resultaram em óbitos. Diante estes resultados, vislumbra-se a necessidade de rever a estratégia adotada pela equipe, no que diz respeito à manutenção da adesão ao tratamento. A atuação de uma equipe multiprofissional, com a construção de planos terapêuticos voltados para as necessidades de saúde de cada paciente, pode favorecer a formação de vínculo e a abordagem integral, indo além da patologia, considerando os riscos individuais de não adesão (culturais, sociais, econômicos e relacionados ao estigma da doença)⁽¹⁷⁾.

No presente estudo a taxa de óbito foi semelhante à identificada em estudo realizado no Chile⁽¹⁸⁾, com 6,1% de óbitos. Os mesmos autores verificaram que os pacientes

com HIV têm 3,9 vezes mais risco de morte em relação aos HIV negativos. Destaca-se que na amostra estudada de óbitos, houve presença de coinfeção TB/HIV em 36,1%.

Diante o reconhecimento das características acima mencionadas, acrescenta-se que no contexto estudado não vem sendo verificados investimentos da gestão em estratégias para melhorar os indicadores de desfecho do tratamento. Acredita-se que o alcance da taxa de cura preconizada, forneça uma falsa crença de que se está alcançando o controle da doença. Entretanto as taxas de abandono são elevadas e alavancam a manutenção da transmissão da TB, a elevação dos óbitos neste grupo de pacientes e a perpetuação da doença como problema social.

Para o alcance de melhores resultados é necessária a articulação entre PCT, atenção primária à saúde e departamento de HIV/AIDS, favorecer o fluxo de comunicação entre estes serviços, a continuidade da atenção ao paciente com TB e a incorporação e avaliação de estratégias que possibilitem aproximar a equipe de saúde da realidade dos pacientes para promover a formação de vínculo e a responsabilização entre o paciente e a equipe de saúde pelo sucesso do tratamento.

■ LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo estiveram relacionadas à utilização de dados secundários que, muitas vezes, apresentam-se incompletos e com inconsistências.

■ CONCLUSÕES

Diante a avaliação do acompanhamento do tratamento de 629 casos de tuberculose no PCT observou-se que há realização do acompanhamento clínico, com intervalo de trinta dias entre consultas, ficando a média de 7,2 consultas por paciente. Quanto aos exames laboratoriais a média de baciloskopias foi de 2,7 por paciente, sendo realizadas as baciloskopias de segundo (96,7%), quarto (63,2%) e sexto mês (47,9%). A realização do raio x de tórax e teste de HIV foi realizada em praticamente toda a amostra. Quanto aos desfechos obteve-se 87,8% de cura, 8,3% de abandono e 6,5% de óbitos.

Apesar de o serviço analisado obter alcance da meta de cura e resultados positivos quanto ao intervalo entre consultas e realização de exames de acompanhamento e testagem para HIV, a taxa de abandono do tratamento ainda é superior ao preconizado pelo MS. Este resultado é um marcador importante a respeito do serviço estudado, e é compartilhado em outros cenários do país, conforme verificado na literatura citada.

Diante disso, é necessário explorar estratégias de acom-

panhamento efetivo do tratamento das pessoas com TB, para favorecer a adesão ao tratamento, dentre as quais, pode-se inferir a implantação de políticas já existentes, como o TDO, em substituição ao tratamento auto administrado. E ainda o cumprimento da efetiva participação dos pacientes nas consultas de acompanhamento, e o investimento em completar a equipe de saúde, atualmente reduzida no serviço em estudo. Destaca-se ainda a necessidade de comprometimento da gestão municipal na articulação de ações intersetoriais, que visem o alcance da integralidade da atenção, repensando a oferta de tratamento e a assistência à TB, visando à criação de uma linha de cuidado para esta temática.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial tuberculose. Bol. Epidemiol. 2012;43:1-12 [citado 2014 mar 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Gust DA, Mosimaneotsile B, Mathebula U, Chingapane B, Gaul Z, Pals SL, et al. Risk factors for non-adherence and loss to follow-up in a three-year clinical trial in Botswana. Plos One. 2011;6(4):e18435.
4. Silva CCAV, Andrade MS, Cardoso MD. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2013;22(1):77-85.
5. Paz LNF, Ohnishi MDO, Barbagelata CM, Bastos FA, Oliveira JAF, Parente IC. Efeetividade do tratamento da tuberculose. Rev Bras Pneumol. 2012;38(4):503-10.
6. How SH, Kuan YC, Ng TH, Razali MR, Fauzi AR. Monitoring treatment response in sputum smear positive pulmonary tuberculosis patients: comparison of weight gain, sputum conversion and chest radiograph. Malaysian J Pathol. 2014;36(2):91-6
7. Stoffel C, Lorenz R, Arce M, Rico M, Fernández L, Imaz MS. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar en un área urbana de baja prevalencia: cumplimiento y negativización bacteriológica. Medicina (Buenos Aires). 2014;74:9-18.
8. Ferreira ACG, Silva Júnior JLR, Conde MB, Rabahi MF. Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. J Bras Pneumol. 2013;39(1):76-83.
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
10. Antunes ML, Cardozo-Gonzales RI. Acompanhamento da evolução da tuberculose em adultos tratados no período de 2009-2013 [monografia]. Pelotas (RS): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas; 2014.
11. Siqueira HR, Andrade ET, Andrade IM, Chauvet PR, Capone D, Rufino R, et al. O essencial na orientação do paciente com tuberculose. Pulmão RJ. 2008;17(1):42-45.
12. Vermund SH, Lith LMV, Holtgrave D. Strategic roles for health communication in combination HIV prevention and care programs. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014;66(3):S237-40.
13. Souza MSPL, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. Rev Saúde Pública. 2009;46(6):998-1005.
14. Satyanarayana S, Nagaraja SB, Kelamane S, Jaju J, Chadha SS, Chander K, et al. Did successfully treated pulmonary tuberculosis patients undergo all follow-up sputum smear examinations? Public Health Action. 2011;1(2):27-9.
15. Silva HO, Gonçalves MLC. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. J Bras Pneumol. 2012;38(3):382-5.
16. Prado TN, Miranda AE, Souza FM, Dias ES, Souza LKF, Arakaki-Sanchez D, et al. Factors associated with tuberculosis by HIV status in the Brazilian national surveillance system: a cross sectional study. BMC Infect Dis. 2014;14:415.
17. Franco TB, Franco CM. Linha de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: Pessoa LR, coordenadora. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011. p. 60-75.
18. Rios JL, Aris RS, Herrera AU, Rios MS. Vigilancia de tuberculosis en el servicio de salud Viña del Mar-Quillota entre los años 1999-2008: estudio longitudinal de tendencia. Rev Chil Enf Respir. 2011;27(3):196-202.

■ Autor correspondente:

Lílian Moura de Lima

E-mail: lima.lilian@gmail.com

Recebido: 10.11.2014

Aprovado: 16.12.2015